

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

441

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

STEINER Jean

né le 8 décembre 1907 à Bucarest

Contributions à l'étude du bassin
oblique ovalaire de Naegelé

Président : M. JEANNIN, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

STEINER Jean

né le 8 décembre 1907 à Bucarest

**Contributions à l'étude du bassin
oblique ovalaire de Naegelé**

Président : M. JEANNIN, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

—
1935

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
	LEREBOUTILLET
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
BENARD Henri ..	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
BOULIN	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
DOGNON	Physique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	OBERLING	Anatomie pathologi- que.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
DE GAUDART		PORTES	Obstétrique.
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.	RICHET	Physiologie.
GAYET	Physiologie.	SANNIE	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie patholo- gique.	W'LMOTH	Pathologie chirurgi- cale.
JOANNON	Hygiène.		
LABBE Henri	Chimie biologique.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.		
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LEROUX	Anatomie pathologi- que.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLET-BERT .	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Qui a toujours suivi mes études avec tant d'attention et grâce à qui je n'ai jamais perdu courage.

Bien faible témoignage de ma profonde gratitude et de ma grande affection.

A MON FRERE

A qui je dois, entièrement, d'avoir pu poursuivre et finir mes études.

En témoignage de mon affection la plus sincère et de ma reconnaissance.

Je lui dédie ce modeste travail.

A MES SŒURS

A MON ONCLE M. STEINER

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JEANNIN

*Professeur de Clinique d'Accouchement
A la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur à l'Hôpital de La Pitié*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette Thèse et procuré une
précieuse documentation.

Hommages respectueux.

A TOUS MES MAITRES

De la Faculté de Médecine de Paris

A TOUS MES MAITRES

De la Faculté de Médecine de Toulouse

A MES MAITRES DES HOPITAUX

HISTORIQUE

Jusqu'à la découverte de la symphyséotomie, l'attention des accoucheurs ne paraît pas s'être fixée sur l'ankylose sacro-iliaque. Naegelé, en 1829, fut le premier qui ait appelé l'attention sur l'importance obstétricale de ce bassin. Les nombreux auteurs qui suivirent la voie tracée par lui s'attachèrent surtout à l'étude de la pathogénie de cette singulière viciation.

Stein représente dans son *Traité d'Obstétrique*, un bassin rétréci obliquement avec ankylose; mais, dans le texte, il n'en parle qu'en peu de mots.

Nous ne ferons que citer les travaux de Betscher (1840). Martin (1841), Hohl (1851), ayant hâte d'arriver aux mémoires de Simon Thomas (1861) et de Litzmann (1864), qui touchent plus particulièrement le point de vue pratique. Ils se sont, beaucoup plus que leurs prédécesseurs, occupés du pronostic et du mécanisme de l'accouchement dans le bassin oblique ovalaire. Ils ont fait des expériences sur le bassin sec, établi la statistique des cas cliniques parvenus à leur connaissance, montré la gravité du pronostic, tenté, sans y parvenir, de poser des règles d'intervention destinées

à rendre moins désastreux les résultats obtenus jusqu'à eux.

C'est au point où l'avaient laissée Simon Thomas et Litzmann, c'est-à-dire au point où l'avait laissée Naegelé lui-même, que Farabeuf a repris la question. Il proposa, décrivit et figura l'agrandissement momentané des bassins obliques ovalaires à ankylose (trop petits pour le forceps et la version, assez grands pour ne pas imposer l'opération césarienne) par ischio-pubiotomie unilatérale, opération exécutée avec succès et pour la première fois par le professeur Pinard. Son intervention marque la seconde étape dans l'histoire du bassin oblique ovalaire.

BASSIN OBLIQUE OVALAIRE CONGENITAL

Les caractères qui distinguent la viciation du bassin sont :

1° Synostose du sacrum et de l'un des os coxaux;

2° Développement imparfait de la moitié du sacrum et rétrécissement des trous sacrés antérieurs du côté correspondant à la synostose;

3° Du même côté, largeur moins considérable de l'os coxal et de son échancrure ischiatique;

4° Le sacrum paraît poussé vers le côté synostosé, en même temps, la symphyse pubienne est entraînée du côté opposé;

5° Du côté où existe la synostose, la paroi latérale et la moitié correspondante de la paroi antérieure de l'excavation du bassin sont plus planes que dans l'état de bonne conformation;

6° Le bassin est rétréci obliquement, c'est-à-dire dans la direction du diamètre qui croise celui qui, du point de la synostose, s'étend à la cavité cotyloïde du côté opposé, tandis que ce dernier diamètre, au contraire, n'est pas diminué et offre, quand le vice de conformation est considérable, plus d'étendue que dans l'état normal.

D'autre part, la ligne tirée du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté ankylosé, est plus longue qu'une autre ligne tirée du même point à l'épine iliaque postéro-supérieure, du côté opposé.

Les parois de l'excavation convergent, en quelque sorte, obliquement en bas; l'arcade pubienne est plus ou moins rétrécie.

La cavité cotyloïde du côté aplati est tournée plus en avant que dans un bassin bien conformé et celle de l'autre côté regarde presque directement en dehors. Le détroit supérieur du bassin présente alors, vu par devant, un ovale placé obliquement. Le petit diamètre de cet ovale n'est autre chose que le petit diamètre oblique du détroit supérieur et de l'excavation, tandis que son grand diamètre correspond à l'autre diamètre oblique.

Il semble, — dit Naegelé, — au premier abord, que l'espèce de déformation qui distingue ces bassins est le résultat d'une pression exercée sur l'os, pression qui semble avoir agi obliquement, de dehors en dedans et de bas en haut, sur l'une des moitiés de la paroi antérieure de l'excavation et la région de la cavité cotyloïde. L'autre moitié du bassin aurait éprouvé une pression de dehors en dedans, mais à sa partie postérieure.

Chose bizarre, dit encore Naegelé, tous ces bassins offrent une ressemblance aussi parfaite que celle qui existe entre deux œufs. Quant à la force, la texture, la dureté de ces bassins, ils ne diffèrent en rien des os de sujets jeunes et bien constitués.

PATHOGENIE

Dubreuil-Chambardel (de Tours), déclare :

« La synostose du sacrum avec l'os iliaque n'est pas de nature différente que toutes les autres synostoses anormales que l'on peut constater sur le squelette. » Il en rappelle quelques-unes de celles-ci. D'abord les synostoses rachidiennes : celles de l'axis avec la troisième vertèbre cervicale, rare; celle bien plus fréquente de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum. Puis, les synostoses des membres : celle du cubitus avec le radius; celle de l'astragale avec le scaphoïde. Toutes ces dispositions se manifestent avec les caractères très nets de symétrie bilatérale et de transmission héréditaire. Or, pour toutes ces synostoses, on ne peut parler de lésion pathologique. Les localisations précises de certaines d'entre elles s'expliqueraient mal. De même, on ne comprendrait pas la transmission héréditaire de quelques autres.

Et, d'autre part, quelle serait la nature de ce processus pathologique? Dubreuil conclue : « La synostose sacro-iliaque est due à un vice d'évolution dans la formation des pièces du bassin. Le point de départ de cette synostose doit être très précoce, peut-être dès le moment des ébauches

cartilagineuses du bassin. » Le Double met en doute les conclusions de Naegelé et semble donner une cause pathologique à la fusion sacro-iliaque. Son argument est : « On n'a pas observé de bassin oblique ovalaire chez le fœtus ou chez le jeune enfant au cours d'une autopsie : il est donc impossible d'expliquer cette malformation à l'heure actuelle. »

Naegelé insiste sur l'absence d'états morbides ou d'influences extérieures auxquelles on puisse attribuer la difformité. Il est nécessaire, pour tâcher de résoudre ce problème, d'étudier l'embryologie du sacrum et plus spécialement l'évolution de ses points d'ossification.

« Les points d'ossification primitifs doivent apparaître dans le moule cartilagineux déjà synostosé, et c'est pourquoi, dans le bassin oblique ovalaire, il ne semble pas qu'il y eût absence d'un point primitif. Chez le fœtus il peut n'y avoir qu'une asymétrie très légère du bassin pouvant passer inaperçue, et c'est pourquoi on n'a pas reconnu encore d'exemple de bassin oblique ovalaire à cette période de la vie. Mais, au fur et à mesure que se poursuit l'ossification, les points costaux des trois premières vertèbres sacrées sont gênés dans leur ampliation, et c'est alors que s'accroissent les asymétries du sacrum; c'est alors aussi que devient plus évidente la malformation du bassin, qui tend à prendre une forme oblique. Lorsque les points d'ossification apparaissent, la malformation s'aggrave et prend un caractère définitif. »

Mais voyons ce que disent MM. M. Rivière et Marc Rivière : « En résumé, ce qui fait l'intérêt de notre observation (que nous publions un peu plus loin), c'est la

coexistence sur un même sujet d'un arrêt de développement osseux : absence de l'aileton sacré gauche, et arrêt de développement du canal de Müller correspondant; absence de l'hémi-utérus et de trompe gauches et en même temps de l'ovaire du même côté. On pourrait être tentés — disent les auteurs — de bâtir une théorie pathogénique du bassin de Naegelé, car on sait que, jusqu'à un certain point, le développement du bassin féminin est lié au fonctionnement des ovaires. Que l'un des ovaires soit supprimé, le développement de la moitié correspondante du bassin pourrait être entravé. Nous croyons que ce n'est là — continuent les auteurs — qu'une vue de l'esprit. Outre qu'il est difficile d'admettre que chaque moitié du corps obéisse à des influences trophiques différentes, nombre de bassins de Naegelé coexistent avec des utérus normalement conformés et munis de leurs annexes; d'autre part, des utérus unicomés, pourvus d'annexes d'un seul côté, accompagnent des bassins symétriques. »

Les auteurs ajoutent : « Aussi nous gardons-nous de conclure du seul fait que nous avons observé. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

NAEGELÉ, PROFESSEUR à HEIDELBERG.

— Gertrude A., jeune fille de dix-neuf ans, fraîche, bien portante, était grêle, mais paraissait d'ailleurs bien conformée. Néanmoins, en la regardant marcher, nous avons cru remarquer une légère claudication dépendant d'un peu de raccourcissement du membre inférieur gauche. Le père, la mère, des frères et des sœurs de cette femme donnèrent pourtant tous l'assurance positive qu'elle n'avait jamais boité. Elle avait toujours joui d'une bonne santé. Depuis sa jeunesse elle prenait beaucoup d'exercice en plein air. Jamais elle n'avait été obligée de se livrer à des travaux pénibles. Elle était née de parents bien constitués. Ses frères et sœurs sont d'une bonne constitution. Sa mère est bien conformée et est accouchée facilement et heureusement douze fois dans l'espace de quinze ans. Gertrude avait été bien réglée depuis l'âge de seize ans. Elle touchait au terme de sa première grossesse.

On trouva le diamètre de Bandelocque de 189 m/m. Toute autre exploration extérieure ne fournit pas de renseignements utiles à cause de l'embonpoint de la femme. Le toucher vaginal fit reconnaître que la tête, au lieu d'être

enfoncée dans l'excavation et peu mobile, comme c'est la règle chez les femmes enceintes pour la première fois, était, au contraire, mobile au-dessus du détroit supérieur, circonstance qui nous engagea à faire une exploration plus minutieuse. On ne pouvait atteindre l'angle sacro-vertébral. Les douleurs ne se déclarèrent que deux jours après l'écoulement des eaux. Le premier jour elles furent faibles; le deuxième d'une vivacité peu en rapport avec la force des contractions utérines, mais peu rapprochées. Enfin, le troisième jour, la tête, dans la première position, était assez descendue, puisque l'application du forceps parût possible et sûre. La terminaison de l'accouchement à l'aide de cet instrument présenta des difficultés auxquelles on ne s'était pas attendu, et exigea de tels efforts qu'on regretta plus tard de n'avoir pas pratiqué la perforation du crâne. Le placenta fut enchatonné par un rétrécissement circulaire de l'utérus, et une hémorragie rendit la délivrance artificielle indispensable, une heure après l'accouchement. L'enfant, garçon mort-né, pesait sept livres. Son visage était d'un bleu noir et tuméfié. Il y avait, particulièrement sur le ventre, des traces de putréfaction. L'accouchée fut prise, les jours suivants, des symptômes de la fièvre puerpérale et d'une abondante diarrhée. Elle succomba cinq jours après l'accouchement. A l'autopsie on trouva l'utérus ayant le volume de la tête d'un enfant à terme et ne présentant rien de remarquable, mais dans la région du ligament large, de l'ovaire et de la trompe du côté droit il y avait des traces d'une vive inflammation.

Description du bassin

Au premier coup d'œil, il était facile de reconnaître le caractère d'un bassin oblique ovalaire. Le sacrum et l'os iliaque gauche sont entièrement confondus l'un avec l'autre, et rien n'indique, tant en avant qu'en arrière, qu'ils aient été distincts à une époque antérieure. Il n'y a là réellement qu'un seul os au lieu de deux.

Le sacrum est composé de quatre pièces, le coccyx de six. Le premier de ces os est porté à gauche, la symphyse des pubis à droite. La hauteur du sacrum est de 78 m/m. La moitié gauche du sacrum est incomparablement moins longue, plus grêle, moins développée que la droite. La concavité de la face antérieure du sacrum est régulière.

Les os innominés sont, au premier coup d'œil, remarquables par leur défaut de symétrie. Celui du côté gauche semble avoir été poussé en haut et en dedans, de sorte que la crête iliaque, la cavité cotyloïde et la tubérosité sciatique sont ici plus élevées que du côté droit. Le prolongement ailé ou portion iliaque de l'os innominé, est plus relevé à gauche qu'à droite et forme avec le plan horizontal un angle plus ouvert.

La largeur de l'os iliaque gauche mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure, est de 150 mm ; la même distance à droite est de 157 mm. Le détroit supérieur représente un ovale placé obliquement et étendu de gauche à droite et d'arrière en avant, ovale dont la petite extrémité correspond à la synonose sacro-iliaque gauche et la grosse au corps et à la branche horizontale du pubis droit.

Diamètre oblique droit : 124 m/m;

Diamètre oblique gauche, 92 m/m.

Distance sacro-cotyloïdienne gauche, 49 m/m;

Distance sacro-cotyloïdienne droite, 95 m/m.

Excavation. — Semblable au détroit supérieur. De la partie postérieure d'une cavité cotyloïde à l'autre, distance des deux extrémités de la ligne qui mesure dans un bassin régulier, l'étendue du diamètre transverse 105 m/m. D'une pine sciatique à l'autre 79 m/m.

Le détroit inférieur. — Du sommet du sacrum à la partie inférieure de la symphyse des publis, 117 m/m; d'une tubérosité sciatique à l'autre, 78 m/m.

OBSERVATION II

(Mme Lachapelle, *Pratique des accouchements*, Paris 1823.)

Le bassin se trouvait, en 1834, dans le musée de l'hospice de la Maternité de Paris, et fut décrit par Naegelé, d'après les notes de son fils et un moulage en plâtre que celui-ci avait fait faire.

La femme, âgée de vingt ans, était Ipare et, suivant toutes les apparences, bien conformée. Elle était en travail depuis quatre jours et les eaux étaient écoulées depuis quarante-huit heures, lorsqu'elle fut amenée à la Maternité où elle mourut, non délivrée, pendant la craniotomie (communication orale de Champion, de Bar-le-Duc).

Description du bassin sec. — Symphyse sacro-iliaque gauche ankylosée. Le sacrum est porté à gauche; la symphyse pubienne poussée à droite. Le corps de la première vertèbre du sacrum se confond avec l'os iliaque gauche. « Tous deux, dit Dugès, sont unis non par une symphyse, mais par une ossification très solide et sans traces d'articulation ou de cicatrice. »

Mensurations :

DETROIT SUPERIEUR : diamètre antéro-postérieur, 115 m/m ; diamètre oblique gauche, 83 ; diamètre oblique droit, 137.

Distance sacra-cotyloïdienne gauche, 40 m/m; distance sacro-cotyloïdienne droite, 107.

DETROIT INFERIEUR : diamètre antéro-postérieur, 126 m/m ; diamètre transverse, 76.

D'autre part :

De la tubérosité sciatique droite à l'épine iliaque post. sup. gauche, 179 m/m; de la tubérosité sciatique gauche à l'épine iliaque post. sup. droite, 129.

De l'épine iliaque ant. sup. droite à l'épine iliaque post. sup. gauche, 172 m/m; de l'épine iliaque ant. sup. gauche à l'épine iliaque post. sup. droite, 150.

Voici la description de Dugès :

La femme Mart... était en travail depuis quatre jours. On sentit la tête du fœtus dans l'excavation. La peau du crâne était un peu engorgée, le vagin exhalait une odeur fétide; l'abdomen, tendu et tuméfié, était très sensible à la pression; le visage pâle et altéré, la langue sèche, le poulx presque insensible et la surface du corps froide.

Le professeur Dubois trouva la femme trop faible pour

terminer l'accouchement; il se contenta d'ouvrir le crâne du fœtus afin de permettre à la nature d'opérer peut-être avec fruit un dernier effort. Vain espoir! La malade eut une syncope et expira peu après.

Pièce sèche. — Le détroit supérieur, en totalité est déversé à droite; sa forme générale est un carré irrégulier à angles mousses, et dont le plus grand diamètre est dirigé d'arrière en avant et de gauche à droite. L'arcade pubienne est aussi déjetée à droite, anguleuse et rétrécie de la moitié de son étendue ordinaire. Cette disposition ne tient pas seulement à une déformation des os, mais encore à une sorte d'atrophie du côté gauche du sacrum, et de la partie voisine de l'os iliaque; en effet, le premier de ces os n'a de largeur de ce côté que celle que borne la rangée de trous sacrés antérieurs. Quant à l'os iliaque, il manque également de cette portion qui fait partie de l'échancrure sciatique et qui forme la région postérieure et latérale du détroit. Tous deux sont unis non par une symphyse, mais par une ossification très solide et sans traces d'articulation ou de cicatrice.

OBSERVATION III

(De M. le Professeur Cyrille Jeannin)

M. S., 11^e pare de vingt-cinq ans, est admise dans le service de M. le professeur Jeannin, à l'hôpital de La Pitié, le 25 avril 1933.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, bien portante, père décédé à l'âge de vingt-huit ans (?).

Antécédents physiologiques. — A marché à neuf mois, a été nourrie au sein. Réglée à treize ans, les règles étant abondantes et régulières.

Antécédents pathologiques. — Rougeole et coqueluche.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse en 1931. L'enfant, un garçon vivant, pesant 3.200 grammes, a été extrait par la section césarienne, pratiquée également à La Pitié, en 1931. Suites de couches normales.

Gestation actuelle. — Urines normales. Bordet-Wassermann, négatif.

Examen à l'entrée. — Rien de spécial; quant à l'examen général : inspection de l'abdomen : cicatrice de césarienne itérative; palpation : tête en bas mobile, dos à droite; auscultation, positive.

Mensuration des diamètres externes :

Bi-épineux, 24 c/m ;

Bi-crête, 27 c/m ;

Bi-tranchantérien, 28 c/m.

Examen obstétrical. — *Bassin.*

Toucher. — L'orifice vulvo-vaginal est un peu athrésié et les parties molles ne sont pas très souples.

Détroit supérieur. — On atteint assez loin le promontoire, mais on est frappé par la forme générale du détroit supérieur et en particulier par la forme de la moitié gauche.

En effet, la ligne innommée gauche n'a pas l'arrondi habituel et donne l'impression d'être rectiligne d'arrière en avant.

Du côté droit, le sinus sacro-iliaque existe.

La ligne innominée présente un contour un peu accentué. La symphyse pubienne est déviée du côté droit et l'arc antérieur du pubis est irrégulier.

Excavation. — Ces déformations se retrouvent sur toute la hauteur de l'excavation. Le sacrum lui-même est suivi sur toute son étendue, mais c'est surtout la paroi pelvienne gauche qui est redressée et accessible, avec une plus grande facilité, sur toute sa surface.

Conclusions cliniques. — Bassin oblique ovalaire vrai, le petit diamètre étant l'oblique gauche.

L'examen radiographique vient confirmer la clinique et montre :

1° Le bassin est oblique;

2° Il y a une synostose de l'articulation sacro-iliaque gauche. Il s'agit donc d'un bassin oblique ovalaire, vrai, typique, sans étiologie, probante.

Accouchement. — La femme est introduite à la salle du travail à sept heures vingt, le vingt-sept avril. Quelques minutes après on effectue la section césarienne, supra-symphysaire.

On extrait une fille vivante pesant 3.820 grammes. Délivrance immédiate; le placenta pèse 790 grammes.

Incidents. — Hémorragie assez abondante. On lui fait une injection de caféïne, suivie d'une autre de sérum. Actuellement la femme est en bon état de santé.

EXAMEN COMPLET DE LA FEMME

Malade debout : vue de dos. — Le bassin paraît étriqué, presque de type masculin. Il existe une différence de

volume entre les deux massifs fessiers, le gauche étant atrophie. Le sillon inter-fessier est latéralisé. La femme ne présente pas de déformation de la colonne vertébrale.

Vue de face. — Même aspect étriqué du bassin; utérus saillant en avant.

Vue de profil. — Il existe une légère différence de longueur entre les deux membres inférieurs, le gauche étant très peu raccourci.

Par ailleurs, l'examen du squelette ne révèle rien de particulier si ce n'est l'étroitesse du thorax et le manque d'ampleur du squelette en général.

Démarche. — Très légère boiterie, facilement compensée, de telle sorte qu'il n'existe pas de déformation apparente de la colonne dorso-lombaire.

Malade couchée. — Les mouvements actifs et passifs des articulations de la hanche, sont normaux. L'atrophie musculaire se confirme à la palpation des muscles de la fesse et de la cuisse qui sont moins épais du côté gauche.

OBSERVATION IV

DEUX BASSINS SECS DU MUSÉE DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE LYON, PRÉSENTÉS PAR MM. FABRE ET BOURGET

Bassin I. — Synostose à droite

Dans ce bassin se retrouve tous les caractères propres au bassin de Naegelé. La face interne de l'os iliaque droit est éversée en dehors et en haut, les parvis de l'excavation convergent obliquement en bas. L'arcade pubienne présente

une forme comparable à celle qui est propre au bassin de l'homme. La cavité cotyloïde du côté ankylosé est tournée en avant, tandis que celle du côté opposé est dirigée en dehors.

Les distances séparant les épines iliaques postéro-supérieures de la symphyse publienne sont de :

18 cm. 4 du côté aplati et de 15 cm. 3 du côté sain.

Le détroit supérieur présente les dimensions suivantes :

Diamètre promonto-pubien	9,8
— transverse maximum	11
— — médian	10,6
— oblique droit	9,2
— — gauche	13,5
— sacro-cotyloïdien droit	4,8
— — gauche	11

Pour le détroit inférieur :

Diamètre bi-ischiatique	7,3
— sous-coccy-sous-pubien	11,3
— sous-sacro-sous-pubien	12,1

Pour le losange de Michaëlis, on trouve que :

le diamètre diagonal vertical mesure	11,4
— — horizontal	5,5
Le côté supérieur droit	3,3
— — gauche	5,6
— inférieur droit	10,5
— — gauche	8,6

Ce bassin présente donc, au détroit supérieur, une aire utilisable de forme légèrement ovale, avec un aplatissement antéro-postérieur. Le diamètre d'engagement serait le

transversal médian, qui mesure 10 cm. 6; le grand diamètre oblique n'est pas utilisable.

Bassin II. — Synostose à gauche

Ce qui a été dit pour le premier bassin s'applique à ce deuxième bassin. A noter, cependant, que le rétrécissement de l'arcade pubienne est ici peu accentué.

Distances séparant les épines iliaques postéro-supérieures de la symphyse pubienne :

18 cm. 8 du côté de l'ankylose, 16 cm. 4 du côté sain.

On remarque que la crête iliaque droite est plus longue que la gauche de 1 cm. 2.

Mensurations au détroit supérieur :

Diamètre promonto-pubien	10
— transverse maximum	11
— transverse médian	10,3
— oblique droit	14,3
— oblique gauche	10
— sacro-cotyloïdien droit	10,4
— — gauche	5,1

Au détroit inférieur :

Diamètre bi-ischiatique	9,5
— sous-sacro-sous-pubien	13,2

Losange de Michaëlis :

Diamètre transverse vertical	11
— transverse horizontal	7,
Côté supérieur droit	7,1
— — gauche	5,6
— inférieur droit	7,5
— — gauche	8,9

Enfin, les diamètres externes mesurent :

Diamètre bi-épineux	22
— bi-crêtes	25,2
— antéro-postérieur	19

Il ressort de ces différentes mensurations, que le détroit inférieur est beaucoup moins rétréci que celui du bassin I. L'aire utilisable, au détroit supérieur, correspond à une circonférence de dix centimètres de diamètre.

OBSERVATION V

OBSERVATION DE MM. LE PROFESSEUR M. RIVIÈRE
ET D^r MARC RIVIÈRE

*A propos d'un bassin oblique ovalaire vrai de Naegelé
avec utérus unicorne et absence unilatérale des annexes*

Observation. — H. L..., vingt ans, I pare, domestique.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Normaux.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein maternel, a fait ses premiers pas à douze mois. Depuis cette époque, son appareil locomoteur a toujours fonctionné d'une façon absolument normale, sans douleur ni claudication. Réglée à dix-sept ans, de façon irrégulière, avec des périodes d'aménorrhée de deux à trois mois. La menstruation n'a jamais été douloureuse et présentait une durée de trois jours environ. Les dernières règles normales ont duré du 18 au 21 octobre 1921; mais, du 18 au 20 décembre, du 18 au 20 janvier 1922, du 18 au 20 février et du 18 au 20 mars, notre malade a présenté un écoulement

sanguin vaginal qui avait, d'après elle, tous les caractères de ses règles. En dehors de ces faits, sa gestation a été en tous points physiologique. L'attention est attirée par ce fait que, à huit mois présumés de grossesse, il y avait une présentation du siège complet, très élevée, dans un utérus excessivement étroit qui gantait très exactement le fœtus. Ce premier fait anormal nous a incité à pratiquer un examen plus complet. En voici le résultat :

Femme de taille moyenne, en bon état général, ne présentant aucun stigmate de rachitisme.

Examinée les talons joints, elle montre une asymétrie marquée de la région lombo-sacrée, caractérisée par :

En arrière, à gauche, une voussure osseuse correspondant à la partie interne de la fosse iliaque externe, une atrophie marquée du groupe fessier ; à droite, la fesse a sensiblement son aspect normal. Ni saillie, ni dépression anormale du niveau du bassin osseux. Le pli fessier est sensiblement plus bas que le gauche. Le sillon interfessier est oblique de haut en bas et de droite à gauche. En avant, à gauche, la saillie normale du trochanter n'existe pas. La vulve regarde en bas et à gauche, le pli génito-crural est effacé ; à droite, contour normal de la hanche.

Mensurations externes : bi-épineux 23 cm. ; bi-crête, 23 cm. ; Bandelocque, 19 cm. ; bi-trochantérien, 29 cm.

La palpation montre un utérus très étroit, 16 cm., et extrêmement allongé. Son fond est entièrement caché sous les côtes ; on sent qu'il y a très peu de liquide. Au-dessus du détroit supérieur, on identifie le siège complet très élevé ; le dos est difficilement palpable, la tête est inaccessible au fond de l'utérus.

Le toucher montre un vagin infundibulaire peu étoffé, Le col ramolli, très long, est percé d'un orifice punctiforme. Le promontoire est accessible à un peu plus de 9 centimètres. La face antérieure est remplacée par un sillon étroit et profond. La moitié gauche de l'excavation est nettement aplatie, la ligne innommée presque rectiligne, regarde en arrière et à droite. Le doigt parcourt la ligne innommée, droite dans toute son étendue.

La symphyse, déviée un peu latéralement, paraît avoir une hauteur normale. Le signe des deux fils à plomb est positif, ainsi que le signe de Trendelenburg, par atrophie du groupe fessier gauche.

En présence de ces déformations très accentuées et très typiques, et en raison de l'absence de tout antécédent pathologique, nous portons le diagnostic de : gestation de huit mois et demi environ, avec présentation du siège complet chez une femme porteuse d'un bassin oblique ovalaire de Naegelé et d'un utérus unicorne, peut-être avec corne rudimentaire. Le degré de viciation ne permettant pas d'escompter un accouchement par les voies naturelles, la thérapeutique qui s'impose est l'opération césarienne conservatrice. Intervention le 17 juillet 1922 avant tout début de travail, anesthésie au chloroforme. Laparatomie médiane remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde. L'utérus dont le fond est caché sous le rebord costal est assez difficilement extériorisé. C'est un demi-utérus droit muni de sa trompe et de son ovaire. Il n'existe à gauche ni corne rudimentaire, ni traces d'annexes. Le fœtus est étroitement ganté dans cette corne utérine dont la paroi est très mince.

L'incision de l'œuf ne laisse écouler qu'une quantité infime de liquide. L'extraction du fœtus et délivrance ne présentent rien de particulier.

Suites opératoires apyrétiques. — Le fœtus, fille de 2.630 grammes. Il présente des malformations de la main droite et du pied gauche. Au pied gauche, gros orteil et troisième sont réunis par une légère bride. La main gauche et le pied droit sont normalement conformés.

OBSERVATION VI

Observation de Fabre et Bouget

M. Jeanne, vingt-quatre ans, entrée le 21 mars*1915 en travail, à la Clinique obstétricale. Régulée à onze ans. Dernières règles du 9 au 14 juin 1914.

Grossesse actuelle. — 21 mars, à 12 heures, la malade fait les eaux, sans que les douleurs aient apparues. A 19 heures, la malade appelle une sage-femme qui constate la procidence du cordon, qu'elle essaie de réduire sans succès.

Les douleurs débutent le 21 mars. Après désinfection vulvaire, on note au palper du cordon, l'absence de battements. Les bruits du cœur sont nuls.

22 mars, à 10 heures, la malade dit avoir envie de pousser, mais elle se sent vite lasse.

A ce moment, un élève pratique un toucher. Tête engagée, le col dilaté à 3 cm.; bosse sanguine volumineuse empêche de délimiter sutures et fontanelles. Il s'écoule un

peu de liquide teinté de méconium. 16 h. 45, toucher : la dilatation est complète, la tête est basse. La température est de 38°, pouls à 120. Le travail ne progressant pas on décide une application de forceps. 18 h. 35 : au toucher on trouve la suture fontanelle à droite, en transverse; on extrait; les contractions sont pénibles; au bout de trente minutes le sous-occiput est fixé sous la symphyse. On désarticule le forceps et on procède au dégagement de la tête.

Le dégagement de la tête est très pénible.

19 h. 30 : la tête est sortie des voies génitales. On a également de grandes difficultés au dégagement des épaules. 19 h. 35 : naissance d'une fille mort-née pesant 3.290 grammes. On constate une déchirure incomplète du deuxième degré.

Dans ce cas, l'examen clinique n'avait pas permis d'établir l'existence d'un bassin oblique ovalaire. Ce fut une trouvaille de la radiographie métrique. La synostose est à gauche.

Mensuration : diamètre antéro-postérieur 9,5 ; diamètre oblique droit, 13,6; diamètre oblique gauche 9,3; diamètre transverse médian 10; diamètre transverse maximum 11.

En résumé, l'oblique long est inutilisable, à cause de la faible étendue de la sacro-cotyloïdienne gauche. L'aire circulaire du détroit supérieur est de moins de 10 cm. de diamètre, laissant supposer que l'accouchement prématuré artificiel devrait se faire entre le septième et le huitième mois, ce qui donne trop peu de chances de survi à l'enfant. La malade est prévenue qu'à une prochaine gros-

sesse elle ne pourra accoucher seule, et devra se soumettre à l'opération césarienne.

Nous sommes donc en présence d'un bassin oblique ovalaire congénital. Synostose à gauche. Forceps. Tractions prolongées. Enfant mort, pesant 3.290 grammes. La forme du bassin est diagnostiquée par la radiographie métrique, avant la sortie de la malade.

Deuxième grossesse : Opération césarienne à terme, avant les douleurs. Enfant de 3.730 grammes.

Deuxième grossesse. — Après son premier accouchement, la femme M... se soumet à plusieurs examens. Elle entre à la clinique d'accouchement le 23 septembre 1916.

Le 24 juillet : hauteur utérine, 31 cm.; tête mobile.

Le 31 juillet : hauteur utérine, 33 cm. Les bruits du cœur ne sont pas entendus.

M. le professeur Fabre constate une diminution de la longueur du col. Le promonto-sous-pubien mesure 11 cm. 4. La ligne innominée gauche est en ligne droite; le sinus sacro-iliaque gauche est très étroit. A droite, la ligne innominée est circulaire. A gauche, l'arc antérieur n'existe pas; à droite, il est à très court rayon.

Le 28 août : hauteur utérine, 36 cm.; circonférence ombilicale, 94 cm.; on entend les bruits du cœur à droite.

Le 18 septembre : la mensuration des diamètres externes donne les résultats suivants :

Bi-épineux, 21 cm. ; bi-crête, 24 cm. ; bi-trochantérien, 26 cm. 5; antéro-postérieur, 19 cm. 5.

Le losange de Michaëlis est très asymétrique; la fossette latérale à gauche est près de la ligne médiane.

Le 2 octobre : M. le professeur Fabre fait le diagnostic de siège décomplété, mode des fesses.

Le 3 octobre : M. le professeur Fabre extrait par la césarienne un enfant pesant 3.730 grammes. L'opération est parfaitement supportée par la malade. L'opérée sort 25 jours après la césarienne.

DIAGNOSTIC POSITIF

DU BASSIN OBLIQUE OVALAIRE DE NAEGELE

Naegelé lui-même a indiqué quelques mensurations externes grâce auxquelles il est possible de diagnostiquer, sur le vivant, un bassin oblique ovulaire congénital :

1° De la tubérosité ischiatique, d'un côté, à l'épine iliaque postéro-supérieure, de l'autre côté.

2° De l'épine iliaque antéro-supérieure, d'un côté, à l'épine iliaque postéro-supérieure, de l'autre côté.

3° Du grand trochanter, d'un côté, à l'épine iliaque postéro-supérieure, du côté opposé. Ces longueurs diffèrent-elles de 2 centimètres et plus, on peut dire qu'il s'agit d'un bassin oblique ovulaire.

Autre procédé. — La femme étant debout, on laisse tomber deux fils à plomb, l'un des épines du sacrum, l'autre de la symphise pubienne. Si le bassin est normal, ils tomberont dans le même plan; si le bassin est oblique, le fil antérieur déviara fortement du côté sain.

L'examen du losange de Michaëlis est un élément pré-

cieux de diagnostic : l'épine iliaque postéro-supérieure du côté de la synostose est plus élevée que celle du côté sain.

La fossette latérale du losange est plus rapprochée de la ligne médiane, toujours du côté ankylosé.

Les côtés latéraux du losange n'ont pas les mêmes dimensions : la distance qui sépare la fossette supérieure, correspondant au retrait de l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire, de l'épine iliaque postéro-supérieure, est plus petite du côté malade que du côté sain. C'est le contraire qui se produit pour la distance séparant les épines iliaques postéro-supérieures, du sommet du pli fessier.

Toucher. — Il permet d'apprécier la disposition anatomique de l'espace inter-ileo-sacré. Cet espace se présente sous forme d'une rainure. Cette disposition paraît d'autant plus manifeste, que la région opposée du bassin n'offre aucune inflexion de sa courbure. Ce signe serait pathognomonique.

L'examen de l'arc antérieur, seul examen clinique facile, nous donnera les meilleurs renseignements.

La radiographie pelvimétrique, d'après le procédé du professeur Fabre, seule nous donne une base pour l'évaluation de l'aire utilisable possible en détroit supérieur et d'autre part est le meilleur élément diagnostique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le bassin oblique ovulaire congénital, par ses caractères propres, se sépare nettement du groupe des bassins « à type » ovulaire : bassins coxalgiques, sacro-coxalgiques, scoliotiques, viciés.

1° — *Bassin coxalgique*

En dehors de l'examen proprement dit du bassin, promontoire tourné du côté sain, détroit inférieur asymétrique et généralement rétréci, espace iléo-sacré peu ou pas modifié, on trouve souvent une ankylose de la hanche. De plus, de nombreuses cicatrices dues aux suppurations prolongées.

2° — *Bassin sacro-coxalgique*

Il se distingue du bassin de Naegelé :

1° par la suppuration de la hanche, révélée par l'interrogatoire portant sur les antécédents de la malade;

2° par la recherche des cicatrices dans la région postérieure du bassin;

3° par la radiographie métrique, surtout.

3° — *Bassin scoliotique*

Ce qui frappe surtout dans ce bassin, c'est la conformation de ses parois et de son détroit inférieur. L'excavation est rétrécie d'arrière en avant, dans toute sa hauteur. Le

sacrum subit l'influence de la lordose lombaire et sa base est enfoncée et antépulsée dans le petit bassin. La face antérieure devient convexe. D'autre part, ce qui nous met sur la voie, c'est la déformation de la colonne vertébrale.

4° — *Bassin asymétrique vicié par un cal difforme*

Les fractures du bassin, suivies de guérison, peuvent quelquefois, à premier abord, imposer pour un bassin de Naegelé. Mais dans ces bassins asymétriques, la forme du losange de Michaëlis n'est pas modifiée. D'autre part, au toucher, on constate la présence d'ostéophytes, qui facilitent le diagnostic, que l'interrogatoire de la malade a déjà permis de soupçonner. Enfin, la radiographie pelvimétrique du professeur Fabre de Lyon, tranche la question et établit avec certitude et précision l'existence de cette affection.

CONCLUSIONS

- I. — Les anciens auteurs étaient d'avis que le diagnostic, sur le vivant, de bassin de Naegelé, était impossible à porter.
- II. — De fait, beaucoup de ces bassins sont méconnus; rien dans les antécédents n'attire l'attention, ni l'âge de la marche, ni la démarche, ni l'histoire pathologique.
- III. — Aujourd'hui, la Radiographie métrique permet de déterminer, avec certitude, l'existence d'un bassin oblique ovalaire congénital, si les investigations cliniques n'ont pas suffi à le déceler.
- IV. — Pronostic. — La grossesse évolue comme dans un bassin rétréci quelconque; c'est dire qu'il importe de la surveiller, en vue de déterminer l'époque et le mode d'intervention.
- V. — Que l'engagement se fasse « au large » ou « à l'étroit », la section césarienne sera l'opération de choix toutes les fois qu'il y a disproportion, et l'opération de nécessité lorsque la disproportion est notable.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Charpentier. — Accouchements.

Dubreuil-Chambardel. — Bassin oblique ovalaire (Gynéc. et obst., 1928).

Fabre et Bouget. — Cinq bassins obliques ovalaires congénitaux. (Bull. soc. obst. et de gynéc. de Paris, 1920.)

Fabre. — Obstétrique.

Fruhinskolz et P. Husson. — Nouvelles observations du bassin de Naegelé. (Bull. soc. obst. et gynéc. de Paris.)

Litzmann. — Die Geburt bei engen Backen.

Naegelé et Grenser. — Accouchements.

Playfair. — Accouchements (p. 517).

M. Rivière et M. Rivière. — A propos d'un bassin oblique ovalaire vrai de Naegelé avec utérus unicorne et absence unilatérale des annexes. (Bull. soc. obst. et gynéc. de Paris, 1923.)

Schroder Carl. — Accouchements (p. 536).

Tarnier et Budin. — Accouchements.

Von Winckel. — Handbuch der Geburtsschule.

Les Fichiers du « Monde Médical ».

TABLE DES MATIERES

Historique	9
Bassin Oblique Ovalaire Congénital	11
Pathogénie	13
Observations	16
Observations I	16
— II	19
— III	21
— IV	24
— V	27
— VI	30
Diagnostic Positif	33
Diagnostic Différentiel	35
Conclusions	37
Bibliographie	38

